

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи
(в соответствии с приказом Минздрава РФ от 20.12.2012 № 1177н
(в дейст. посл. ред. приказа Минздрава РФ от 10.08.2015 № 549н)

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лично, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГАУЗ СО «Верхнеиспыльминская ЦТБ им. П.Д. Бородина»

- | | |
|--|--|
| ☐ педиатр | ☐ общий анализ крови |
| ☐ детский психиатр | ☐ исследование уровня глюкозы в крови |
| ☐ детский стоматолог | ☐ общий анализ мочи |
| ☐ детский уролог-андролог | ☐ общий анализ кала |
| ☐ детский хирург | ☐ аудиологический скрининг |
| ☐ детский эндокринолог | ☐ электрокардиография (ЭКГ) |
| ☐ акушер-гинеколог | ☐ инфосонографии |
| ☐ невролог | ☐ УЗИ тазобедренных суставов |
| ☐ оториноларинголог | ☐ УЗИ органов брюшной полости |
| ☐ офтальмолог | ☐ УЗИ сердца |
| ☐ травматолог-ортопед | ☐ УЗИ щитовидной железы |
| | ☐ УЗИ органов репродуктивной сферы |
| | ☐ флюорографии |

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(дата оформления)

г.

**Отказ от видов медицинских вмешательств,
включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают информированное добровольное согласие
при выборе врача и медицинской организации
для получения первичной медико-санитарной помощи
(в соответствии Приложением № 3 к приказу Минздрава РФ от 20.12.2012 № 1177/н)**

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в ГАУЗ СО «Верхнепильнинский ЦГБ им. П.Д. Бородин» отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – виды медицинских вмешательств).

Осмотры врачами специалистами, лабораторные, функциональные и иные исследования при прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них.

Медицинский работник _____

(подпись, Ф.И.О. медицинского работника)

В доступный для меня формат мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Г. _____

(дата оформления)